
Brösel, Gerrit ; Klebingat, Dirk:

***Der Krankenhaus-Leistungsprozeß - Stand und Entwicklung von
Leistungserfassung und Leistungsvergütung***

Zuerst erschienen in:

Gesundheitswirtschaft / hrsg. von Heiko Burchert,
München [u.a.]: Oldenbourg, 2002
ISBN 3-486-25187-2
S. 249-262

Gesundheitswirtschaft

Aufgaben und Lösungen

Herausgegeben von

Prof. Dr. rer. pol. Heiko Burchert

Univ.-Prof. Dr. rer. pol. habil. Thomas Hering

Mit Illustrationen von Heiko Krause

R. Oldenbourg Verlag München Wien

2. Investition und Finanzierung

Gerrit Brösel und Dirk Klebingat

Der Krankenhaus-Leistungsprozeß – Stand und Entwicklung von Leistungserfassung und Leistungsvergütung

Die deutsche Krankenhausentgeltordnung zeichnet sich derzeit durch ein prospektives Mischsystem aus, in welchem die Leistungsabrechnungen hauptsächlich durch tagesgleiche Pflegesätze sowie Fallpauschalen und Sonderentgelte erfolgen (vgl. hierzu die Fallstudie zur Finanzierung der Krankenhäuser in diesem Band). Mit dem Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 hat der Gesetzgeber den Weg zur Einführung eines neuen Vergütungssystems im Krankenhaussektor eingeschlagen. Gemäß § 17 b KHG soll mit Wirkung vom 1. Januar 2003 bundesweit für allgemeine Krankenhausleistungen und solcherart Leistungen erbringende Krankenhäuser ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalisierendes Vergütungssystem eingeführt werden. Dieses soll unter den Krankenhäusern einen offenen und leistungsorientierten Wettbewerb auslösen. Vor diesem Hintergrund wurden die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenkassen durch den § 17 b Abs. II KHG aufgefordert, mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem zu vereinbaren, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert. Die Selbstverwaltung hat sich mit Vereinbarung vom 27. Juni 2000 für das System der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG) entschieden. Die AR-DRGs sollen damit die Basis für das deutsche DRG-System.

Die Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems wird durch das sogenannte Fallpauschalengesetz (FPG) geregelt. Der Gesetzgeber verfolgt mit diesem Abrechnungssystem das Ziel einer leistungsgerechten Vergütung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung. Er erhofft sich ein transparenteres Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern und einen sowohl krankenhausinternen als auch krankenhausübergreifenden effizienten und bedarfsgerechten Ressourceneinsatz. In Zukunft sollen mit Ausnahme der psychiatrischen Leistungen alle stationären Leistungen durch Fallpauschalen vergütet werden. Das auf dem Selbstkostendeckungsprinzip und der Finanzierung kostenorientierter Budgets beruhende bisherige Krankenhausvergütungssystem soll insbesondere aufgrund seiner Fehlallokation abgelöst werden.

Nachdem der Bundesrat die geplante Krankenhausreform am 1. Februar 2002 vorerst gestoppt hat, beabsichtigt die Bundesregierung nunmehr den Vermittlungsausschuß

anzurufen. Mithin besteht die Gefahr, daß die Entscheidung über die Umstellung des Abrechnungssystems erst in der nächsten Legislaturperiode gefällt wird, die Einführung eines DRG-Systems sich verzögert und die Reform durch das Vermittlungsverfahren verwässert wird.

Aufgabe 1

Definieren Sie die Leistungen eines Krankenhauses! Unterscheiden Sie nach ausbringungsorientierter und prozeßorientierter Leistungsdefinition. Skizzieren Sie den primären und sekundären Leistungsprozeß graphisch.

Aufgabe 2

Welche Probleme ergeben sich durch die ausbringungsorientierte Leistungsdefinition bei der Leistungsmessung? Stellen Sie potentielle Hilfsindikatoren zur Leistungsmessung dar und geben Sie Beispiele zur möglichen Differenzierung.

Aufgabe 3

- a) Erklären Sie den Begriff Patienten- bzw. fallbezogenes Klassifikationssystem in einem Satz. Welche Anforderungen sind unter anwendungsorientierten Aspekten bei der Bestimmung dieser Klassifikationssysteme zu stellen?
- b) Charakterisieren Sie kurz die Patientenklassifikationssysteme der ersten Generation: das System der Yale-Diagnosis Related Groups (Yale-DRG) und das System der Patient Management Categories (PMC). Gehen Sie dabei auch auf den Ursprung, die Anzahl der Gruppen und die Kriterien der Gruppenbildung des jeweiligen Systems ein.
- c) Skizzieren Sie die historische Entwicklung der Schweregradberücksichtigung in DRG-Systemen. *Hinweis:* Betrachten Sie dabei – ausgehend vom Yale-DRG-System – die sogenannten vier Generationen der DRG-Systeme.
- d) Erläutern Sie den Gruppierungsalgorithmus des Patientenklassifikationssystems der AR-DRG.
- e) Stellen Sie die wesentlichen Kennzahlen eines DRG-Systems dar!

Aufgabe 4

Zur Finanzierung von Krankenhausleistungen sind grundsätzlich folgende Möglichkeiten gegeben: die Kostenerstattung und die leistungsorientierten Entgeltformen. Welche unterschiedlichen Anreizwirkungen ergeben sich für die Krankenhäuser durch diese Finanzierungsformen? Gehen Sie bei der Betrachtung der Anreizwirkun-

gen auf die verschiedenartigen leistungsorientierten Entgeltformen „festes Budget“, „Tagessatz“ und „Fallpauschale“ ein. Diskutieren Sie die unerwünschten Wirkungen von DRG-Systemen („Fallpauschalensystem“) ausführlicher. *Hinweis:* Betrachten Sie jeweils die „reine“ Abrechnungsform und nicht die in der Praxis zu beobachtenden, meist politisch motivierten Kombinationen verschiedener Abrechnungsformen.

Aufgabe 5

Identifizieren Sie die Verbesserungspotentiale und Anknüpfungspunkte, welche sich – im Rahmen der geplanten Einführung des DRG-Systems – für deutsche Krankenhäuser hinsichtlich der Kostenrechnung und der Qualitätssicherung ergeben können.

Lösung

Aufgabe 1

Gemäß der *ausbringungsorientierten Leistungsdefinition* besteht die eigentliche Leistung des Krankenhauses in der positiven Beeinflussung des Gesundheitszustandes der Patienten und in der Vorhaltung von Kapazitäten zur Befriedigung der sogenannten „Optionsnachfrage“. Die positive Beeinflussung des Gesundheitszustandes umfaßt sowohl die Heilung und/oder die Eindämmung einer Krankheit als auch die Linderung von Schmerzen. Die „Optionsnachfrage“ resultiert aus den Bedürfnissen der im Einzugsgebiet des Krankenhauses lebenden Bevölkerung, denen das Vorhandensein des Krankenhauses die Sicherheit bietet, bei einer eventuell auftretenden Erkrankung oder bei einem unerwarteten Unfall eine entsprechende stationäre Behandlung zu erhalten. Diese Nachfrage wird im Sinne der Versorgungssicherheit durch die Vorhaltung von Krankenhausbetten sowie die dazugehörige Ausstattung mit Fachpersonal und Geräten befriedigt.

Da die ausbringungsorientierte Leistungsdefinition, welche die Primärleistung des Krankenhauses beschreibt, jedoch nur schwer operationalisierbar ist, wird zur Leistungsdefinition und -messung im Krankenhaus gewöhnlich auf die *prozeßorientierte Darstellung* abgestellt. Im Rahmen der prozeßorientierten Darstellung wird der Krankenhausleistungsprozeß in einen primären und einen sekundären Prozeß unterteilt. Die Sekundärleistungen Diagnostik, Therapie, Pflege und (Hotel-)Versorgung werden hierbei als Zwischenprodukte definiert und als Hilfsgrößen zur Leistungsdefinition eingesetzt. Diese Leistungen (Sekundärausbringung) ergeben sich als Produkt des sekundären Prozesses durch Kombination der Produktionsfaktoren eines Krankenhauses (Sekundäreinbringung) und sollen – in den primären Leistungsprozeß eingebracht (Primäreinbringung) – den Gesundheitszustand des Patienten positiv beeinflussen, um nach einer gewissen Anzahl von Pflgetagen zu einer Heilung und/oder einer Krank-

heitseindämmung zu führen (Primärausbringung). Der primäre und der sekundäre Leistungsprozeß sind in Abbildung 1 graphisch dargestellt.

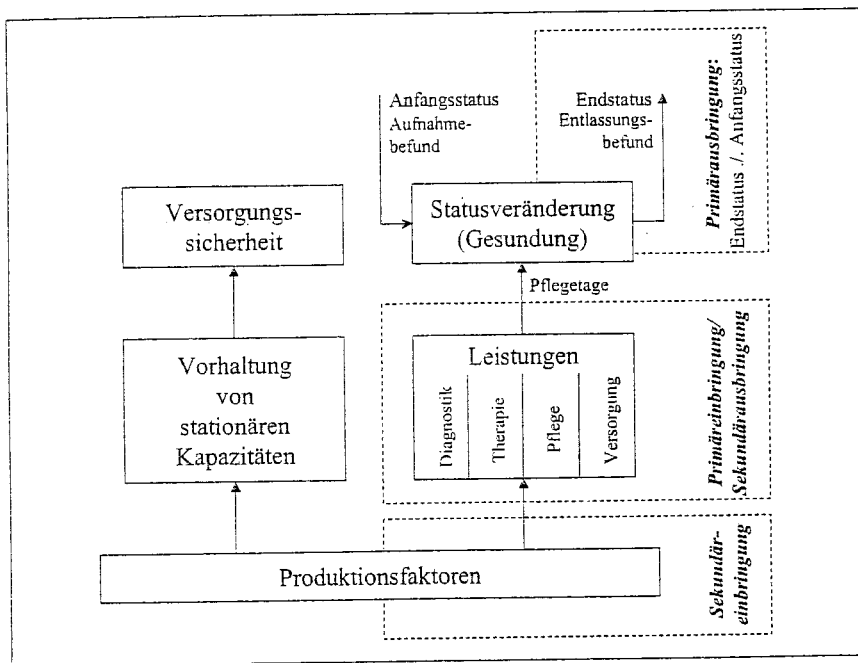


Abbildung 1: Primärer und sekundärer Leistungsprozeß eines Krankenhauses

Aufgabe 2

Wird bei der *Leistungsmessung* eines Krankenhauses auf die ausbringungsorientierte Leistungsdefinition abgestellt, wäre es erforderlich, das Ausmaß der positiven Beeinflussung des Gesundheitszustandes der Patienten zu erfassen. Dafür ist es notwendig, den Gesundheitszustand des Patienten zu Beginn und am Ende des Krankenhaus-aufenthaltes unter Berücksichtigung objektiver Kriterien gegenüberzustellen. Abgesehen von augenscheinlich meßbaren Indikatoren (z. B. Überlebensrate) erweist sich dieses Vorhaben vor allem aufgrund der *subjektiven Komponenten* und der *Mehrdimensionalität der Gesundheit* als außerordentlich schwierig. Wenn es eine Möglichkeit gäbe, die Änderung des Gesundheitszustandes objektiv zu messen, wäre als Vergleichsmaßstab für den Entlassungszustand nicht der tatsächliche Einlieferungszustand anzusetzen, sondern vielmehr der Zustand, der sich am Ende des zu betrachtenden Zeitraums ohne die entsprechende stationäre Behandlung eingestellt hätte. Insbesondere bei unheilbar kranken Patienten ergibt sich darüber hinaus ein weiteres Problem der Leistungsmessung: Die objektive Bewertung der Mehrung des seelischen

und körperlichen Wohlbefindens des Patienten während des Krankenhausaufenthaltes.

Aufgrund dieser Schwierigkeiten muß hilfsweise auf andere Indikatoren der Ausbringung zurückgegriffen werden. Als *potentielle Hilfsindikatoren* kommen insbesondere die Anzahl der Pflégetage, die Menge der eingesetzten Produktionsfaktoren, die Anzahl der Behandlungsfälle bzw. Patienten sowie die Menge der erbrachten medizinischen und pflegerischen Einzelleistungen in Betracht. Weitere Differenzierungsmöglichkeiten dieser Hilfsindikatoren sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Potentieller Hilfsindikator	Beispiele zur weiteren Differenzierung
Anzahl der Pflégetage	<ul style="list-style-type: none"> – Intensität der Pflege – Abteilung im Krankenhaus
Menge der eingesetzten Produktionsfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> – Arbeitszeit der Ärzte – Arbeitszeit des Pflegepersonals – Medizinischer Bedarf (Medikamente, Geräte) – Strom und Brennstoffe
Anzahl der Behandlungsfälle bzw. Patienten	<ul style="list-style-type: none"> – Art der Krankheit (Hauptdiagnose) – Schwere der Krankheit – Stadium der Erkrankung – Nebendiagnosen – Eigenschaft des Patienten (Alter, Geschlecht)
Menge der erbrachten medizinischen und pflegerischen Einzelleistungen	<ul style="list-style-type: none"> – Operationen – Krankengymnastik – Untersuchungen – Mahlzeiten – Injektionen – Medikationen

Tabelle: Differenzierungsmöglichkeiten für potentielle Hilfsindikatoren

Aufgabe 3

a) Patienten- bzw. fallbezogene Klassifikationssysteme unterteilen die Patientenschaft und deren Behandlungen in klinisch definierte Gruppen mit ähnlichen Behandlungskosten. Unter anwendungsorientierten Aspekten sind bei der Bestimmung dieser Klassifikationssysteme Anforderungen hinsichtlich Homogenität, Anzahl, Aussagefähigkeit, Validität und Reliabilität sowie Operationalität der Fallgruppen zu stellen:

Um das *Homogenitätskriterium* zu erfüllen, sollte der Ressourcenaufwand innerhalb einer Fallgruppe durchschnittlich gleich sein. Bei der Bestimmung der *Anzahl* der Fallgruppen, welche im wesentlichen durch das gewählte Homogenitätsmaß beein-

flußt wird, ergibt sich folgendes Dilemma: Einerseits darf die Anzahl der Gruppen nicht ausufern, damit sich aus anwendungs- und steuerungorientierter Sicht keine Schwierigkeiten ergeben; andererseits muß die Anzahl jedoch so groß sein, daß eine ausreichend präzise Abbildung der Unterschiede zwischen den Gruppen gewährleistet ist. Um unter medizinischen Aspekten eine Erfassung und Steuerung des Leistungsgeschehens zu unterstützen, ist bei der Bestimmung fallbezogener Klassifikationssysteme insbesondere die medizinische *Aussagefähigkeit* der Fallgruppen anzustreben. Durch die Klassifikationssysteme könnten somit beispielsweise die Bereiche Leistungsvergütung, Personalplanung und Qualitätsbeurteilung protegiert werden. Vor dem Hintergrund der *Validität und Reliabilität* sind die Klassifikationsmerkmale zur Einordnung der Patienten so zu wählen, daß eine manipulative Beeinflussung durch den Entscheidungsträger weitgehend ausgeschlossen ist. Die vorzugsweise objektiven und somit überprüfbaren Klassifikationsmerkmale sind aus diesem Grunde möglichst eindeutig und überschneidungsfrei zu gestalten. Die *Operationalität* der Klassifikationssysteme ist u. a. abhängig vom dadurch verursachten Informations- und Erhebungsaufwand. Eine sachgerechte Zuordnung eines Behandlungsfalls setzt die Akzeptanz des Klassifikationssystems durch das klinische Personal voraus. Ferner ist es erforderlich, daß diese Fallgruppenzuordnungen jederzeit einer Prüfung unterzogen werden können. Damit innovative Entwicklungen nicht behindert werden, müssen gegebenenfalls nachträgliche Anpassungen des Systems möglich sein.

b) Ursprünglich wurde das Patientenklassifikationssystem der *Diagnosis Related Groups (DRG)* Ende der sechziger Jahre an der Yale University, Connecticut, USA, als Instrument zur Qualitätssicherung entwickelt und in den siebziger Jahren zu einem fallbezogenen Abrechnungsverfahren für Krankenhauspatienten ausgebaut. Nach ärztlichem Urteil wurden in einem ersten Schritt mit Hilfe klinischer bzw. medizinischer Kriterien 23 Hauptdiagnosegruppe gebildet, deren Untergliederung anschließend in ca. 470 sogenannte DRGs erfolgte. Zur Gruppenbildung wurde schließlich auf folgende Kriterien zurückgegriffen:

- Hauptdiagnose;
- Behandlungsart (konservativ oder operativ);
- Nebendiagnosen und Komplikationen;
- Geschlecht des Patienten;
- Alter des Patienten sowie
- Entlassungsstatus (geheilt, überwiesen oder verstorben).

In einem zweiten Schritt wurden den DRGs die jeweiligen Sekundärleistungen und relativen Kostengewichte zugeordnet, um die durchschnittlichen Fallkosten für alle Patienten pro DRG zu berechnen. Bis auf die Kosten für Forschung und Lehre sowie die Arzt- und Kapitalkosten ließen sich in der historischen amerikanischen DRG-Form alle Kosten der Krankenhausbehandlung fallbezogen zuordnen.

Das Patientenklassifikationssystem der *Patient Management Categories (PMC)* wurde von 1978 bis 1984 durch *W. YOUNG* für die Blue Cross Versicherung in Pennsylvania, USA, entwickelt. Ziel war die Schaffung eines Fallklassifikationssystems für Krankenhauspatienten, das eine Bestimmung des jeweiligen Ressourcenaufwandes ermöglicht. Im Unterschied zum System der DRGs wurde bei der Einteilung in die hier ca. 840 Gruppen, welche auf 47 Krankheitsobergruppen basierten, ein stärkeres Gewicht auf die vom Krankenhaus gewählte Behandlungsstrategie (Behandlungsart), die Schwere der Krankheit sowie auf die Begleiterkrankungen gelegt. Darüber hinaus wurde für jede PMC ein sogenannter Behandlungspfad beschrieben, der die Grundlage für die Bestimmung des quantitativen Ressourcenverbrauchs und somit der Kostengewichtung der PMC darstellte. Zudem konnten daraus Angaben über die typische Verweildauer der PMC entnommen werden.

c) Von den oben beschriebenen Patientenklassifikationssystemen hat sich seither das DRG-System am weitesten verbreitet. Weltweit gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher DRG-Systeme. Ausgangspunkt war die bereits in der Lösung zur Aufgabe 3 b) beschriebene Entwicklung eines Patientenklassifikationssystems an der Yale-Universität (USA) Ende der sechziger Jahre. Die DRG-Systeme unterscheiden sich vor allem anhand des Kriteriums der *Schweregradberücksichtigung*. Vor diesem Hintergrund sind vier Generationen von DRG-Systemen identifizierbar:

Die seit 1983 zur Kategorisierung von Medicare-Versicherten (staatliches Versicherungsprogramm der USA für Menschen über 65 Jahre) durch die Health Care Financing Administration (HCFA) genutzten HCFA-DRGs stellen eine Weiterentwicklung der Yale-DRGs dar und bilden die *erste Generation* von DRG-Systemen. Die Zuordnung eines Patientenfalls zu einer der 511 Fallgruppen (HCFA-DRG Version 16.0, 1998) erfolgt ausgehend von der Hauptdiagnose in eine der Hauptkategorien. Anschließend wird zwischen chirurgischen und medizinischen Leistungen (Partitionen) differenziert. Darüber hinaus finden sogenannte mit der Hauptdiagnose bzw. Operation einhergehende CC-Nebendiagnosen (Complications-and-Comorbidity-Nebendiagnosen) Eingang in die Zuordnung, welche zu einer Unterteilung einzelner Fallgruppen in DRGs „mit“ und „ohne“ Komplikationen und Komorbiditäten führen. Eine differenzierte Abbildung des Schweregrades ist mit diesen zwei Kategorien jedoch nicht möglich.

Die *zweite Generation* der DRG-Systeme unterscheidet zwischen den bereits aus der ersten DRG-Generation bekannten CC- und den zusätzlich identifizierten MCC-Nebendiagnosen (Major-Complications-and-Comorbidity-Nebendiagnosen), welche schwerste Begleiterkrankungen betreffen. Die Existenz einer solchen Nebendiagnose führt unmittelbar nach der Zuteilung in die chirurgische oder medizinische Partition zu einer Zuordnung des Patientenfalls in eine der speziellen MCC-DRGs.

Bei den DRG-Systemen der *dritten Generation* erfolgt auf Basis der Zuordnung eines Behandlungsfalls in die entsprechende Hauptkategorie und Partition eine Zuteilung in die relevante Basis-DRG, auf deren Grundlage eine Schweregrad differenzierung anhand von Nebendiagnosen und weiteren Faktoren wie z. B. Alter stattfindet. Es lassen sich bis zu vier Schweregrade für chirurgische und medizinische Basis-DRGs abbilden.

Die DRG-Systeme der *vierten Generation*, zu dem auch das aktuelle australische System (AR-DRG) zählt, unterscheiden sich im Hinblick auf die grundsätzliche Schweregradberücksichtigung nur wenig von denen der dritten Generation. Im wesentlichen handelt es sich um die im Rahmen dieser Generation praktizierten Zusammenfassung aufwandsähnlicher Schweregradstufen der Basis-DRGs zu einer der bis zu vier abrechenbaren DRGs.

d) Die Grundlage für die geplante Einführung des deutschen Patientenklassifikationssystems stellt das seit 1998 verfügbare System der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG) dar. Trotz notwendiger Anpassungen des australischen Systems an die deutschen Gegebenheiten, sind hinsichtlich der grundlegenden Systemstrukturen keine wesentlichen Änderungen zu erwarten. Patientenklassifikationssysteme wie das der AR-DRG verfolgen das Ziel, den einzelnen Patientenfall durch einen Klassifikationsprozeß einer bestimmten Gruppe zuzuordnen, in der klinisch ähnliche und möglichst kostenhomogene Fälle integriert sind. Sie dienen als Basis für die fallorientierte Vergütung.

Die verschiedenen Behandlungsfälle gehen beim AR-DRG-System mit ihren unterschiedlichen klinischen Kriterienausprägungen in den als Entscheidungsbaum aufgebauten Gruppierungsalgorithmus ein. Dieser Algorithmus, der in Abbildung 2 in seinen wesentlichen Zügen graphisch dargestellt ist, umfaßt folgende *Schritte*: 1. Vorabselektion außerordentlicher Tatbestände, 2. Zuordnung der verbleibenden Behandlungsfälle zu den Hauptkategorien, 3. Ermittlung der Basis-DRG über die Zuordnung der Hauptkategorien zur relevanten Partition, 4. Ermittlung der klinischen DRG durch Schweregradberücksichtigung und 5. Bestimmung der abrechenbaren DRG.

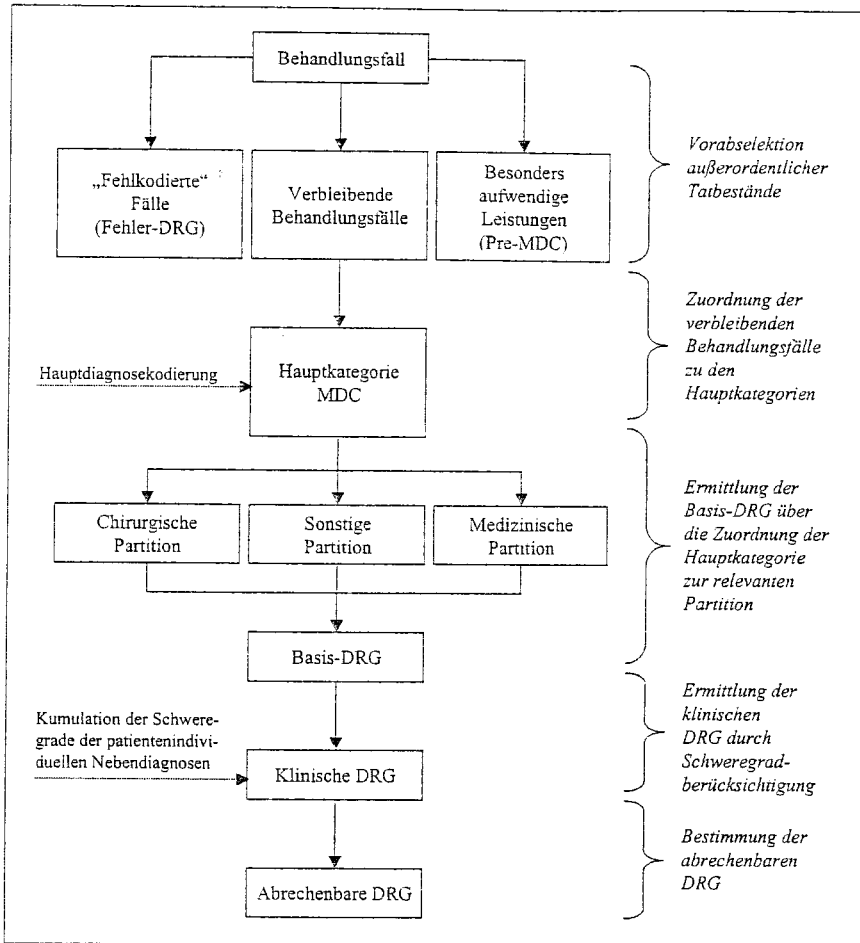


Abbildung 2: Gruppierungsalgorithmus des AR-DRG-Systems

1. Vorabselektion außerordentlicher Tatbestände:

Zunächst wird geprüft, ob es sich beim vorliegenden Behandlungsfall um einen außerordentlichen Tatbestand handelt. Unter diesem versteht die AR-DRG-Systematik einerseits besonders aufwendige Leistungen und andererseits „fehlkodierte“ Fälle. Besonders aufwendige Leistung sind durch außerordentlich hohe Behandlungskosten gekennzeichnet. Für diese wurden acht Prioritätsgruppen (Pre-Major Diagnostic Categories – Pre-MDC) geschaffen (z. B. der Pre-MDC Lungentransplantation), denen der entsprechende Behandlungsfall zuzuordnen ist. Behandlungsfälle mit

fehlender oder nicht schlüssiger Hauptdiagnose werden einer der dafür vorgesehenen sieben Fehlergruppen (Fehler-DRG) zugeschlüsselt.

2. Zuordnung der verbleibenden Behandlungsfälle zu den Hauptkategorien:

Die verbleibenden, nicht als außerordentlich klassifizierten Behandlungsfälle werden einer der mehrheitlich organsystembezogenen 23 Hauptkategorien (MDC) zugeordnet, wobei die Zuordnungsentscheidung anhand der Hauptdiagnosekodierungen (International Classification Diseases-10-Australian Modification – ICD-10-AM) erfolgt. Die Hauptdiagnose ist der Befund, welcher für den Krankenhausaufenthalt retrospektiv ausschlaggebend war.

3. Ermittlung der Basis-DRG über die Zuordnung der Hauptkategorien zur relevanten Partition:

In einem weiteren Schritt werden die MDCs in chirurgische, in sonstige und in medizinische Fälle (Partitionen) unterteilt. Ein Behandlungsfall wird einer *chirurgischen* Partition zugeordnet, wenn in dem zu gruppierenden Fall ein zur Hauptdiagnose passender operativer Eingriff unter Nutzung eines Operationssaals vorgenommen wurde. Operative Eingriffe werden in der Gruppierungssystematik auch als Prozeduren bezeichnet. Unter den *sonstigen* Partitionen sind solche Behandlungsfälle zu gruppieren, bei denen diagnostische oder therapeutische Eingriffe erbracht wurden, welche das Vorhandensein eines Operationssaals nicht zwingend erfordern. Bei den *medizinischen* Partitionen handelt es sich um Fälle, deren kurative Behandlung einer gruppierungsrelevanten Prozedur nicht bedurften. Anhand der Zuordnung eines Behandlungsfalles in die entsprechende Hauptkategorie und Partition erfolgt dessen Zuteilung in die relevante Basis-DRG.

4. Ermittlung der klinischen DRG durch Schweregradberücksichtigung:

Jede Basis-DRG unterteilt sich wiederum in fünf Schweregrade. Diese als Patient Clinical Complexity Level (PCCL) bezeichneten Unterteilungsgruppen dienen der detaillierten Abbildung des klinischen Leistungsprozesses. Sie stellen ein Maß für den Gesamtschweregrad der Erkrankung dar, welcher sich aus der Kumulation der Schweregrade der patientenindividuellen Nebendiagnosen ergibt. Sämtliche Nebendiagnosen fließen in Form von ICD-Kodes in den Gruppierungsalgorithmus ein. Jeder dieser Nebendiagnosen ist in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose einem Schweregrad, dem sogenannten Complication and Comorbidity Level (CCL), zugewiesen. Nebendiagnosen, welche keine Komplikationen oder Komorbidität aufweisen, werden der Gruppe CCL 0, Nebendiagnosen mit katastrophalen Folgen der CCL 4 zugeordnet. Die Kumulation der Schweregrade der Nebendiagnosen zu einem PCCL erfolgt mit Hilfe einer statistischen Glättungsformel, welche verhindert, daß die Schweregrade mehrerer Nebendiagnosen additiv zusammenwirken. Der Schweregrad 0 (PCCL 0) einer Basis-DRG sagt aus, daß der Behandlungsfall keine erschwerenden Nebendiagnosen aufweist, während ein Behandlungsfall der gleichen Basis-DRG mit einem

PCCL 4 durch Nebendiagnosen mit katastrophalen Folgen gekennzeichnet wird. Insgesamt ergeben sich 2.017 medizinische DRGs.

5. Bestimmung der abrechenbaren DRG:

Kostenähnliche Gruppen einer Basis-DRG werden anschließend zusammengefaßt, so daß im Ergebnis 661 abrechenbare Fallgruppen im AR-DRG-System zur Verfügung stehen.

e) Ein Patientenklassifikationssystem wie das der AR-DRG ist die Voraussetzung für eine fallorientierte Vergütung. Erst durch die Bewertung der einzelnen Fallgruppen mit dem jeweiligen relativen Kostengewicht kann von einem Vergütungssystem gesprochen werden. Bei den relativen Kostengewichten handelt es sich um Äquivalenzziffern, mit deren Hilfe die verschiedenartigen klinischen Leistungen auf eine gleichnamige Leistung umgerechnet werden. Als Bezugsgröße dient dabei der sogenannte Basisfallpreis, welcher den durchschnittlichen Fallwert widerspiegelt und mit 1 gewichtet wird. Der Fallpreis einer DRG ergibt sich aus der Multiplikation des Basisfallpreises mit dem Kostengewicht der DRG. Je größer das relative Kostengewicht der DRG, desto höher der mit diesem Behandlungsfall verbundene stationäre Ressourcenverbrauch.

$$P_{\text{DRG}_i} = \text{BR} \cdot \text{CW}_{\text{DRG}_i}$$

$$P_{\text{DRG}_i} = \text{Fallwert der DRG}_i$$

$$\text{BR} = \text{Basisfallpreis}$$

$$\text{CW}_{\text{DRG}_i} = \text{relatives Kostengewicht der DRG}_i$$

Die Summe der relativen Kostengewichte aller Behandlungsfälle einer klinischen Einheit über eine Betrachtungsperiode ergibt den sogenannten Casemix (Fallmix).

$$\text{CM} = \sum_{i=1}^n \text{CW}_{\text{DRG}_i} \cdot a_{\text{DRG}_i}$$

$$\text{CM} = \text{Casemix (Fallmix)}$$

$$a_{\text{DRG}_i} = \text{Fallzahl der DRG}_i$$

Der Casemix-Index, welcher sich aus der Division von Casemix und Gesamtfallzahl ergibt, gibt Auskunft über die durchschnittliche ökonomische Fallschwere der in der klinischen Einheit behandelten Patienten. Das Verhältnis des Casemix-Indexes zu dem mit dem Wert 1 normierten Durchschnittsfall drückt aus, um wie viel aufwen-

diger die erbrachten klinischen Leistungen im Vergleich zu diesem sind. Darüber hinaus kann die Kennzahl auch für Vergleiche zwischen Kliniken oder Fachabteilungen herangezogen werden.

$$\text{CMI} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{CW}_{\text{DRG}_i} \cdot a_{\text{DRG}_i}}{\sum_{i=1}^n a_{\text{DRG}_i}} = \frac{\text{CM}}{\sum_{i=1}^n a_{\text{DRG}_i}}$$

CMI = Casemix-Index (Fallmix-Index)

Für die organisatorische Einheit eines Krankenhauses (z. B. eine Fachabteilung) läßt sich auf Grundlage der DRGs das Budget durch die Multiplikation von Casemix-Index und Gesamtfallzahl der betrachteten Einheit sowie dem extern vorgegebenen Basisfallpreis errechnen.

$$B_{\text{FA}} = \text{CMI}_{\text{FA}} \cdot \text{BR} \cdot \sum_{i=1}^n a_{\text{DRG}_i}$$

B_{FA} = Budget der Fachabteilung

CMI_{FA} = Casemix-Index der Fachabteilung

BR = Basisfallpreis

Erfolgt die Finanzierung eines Krankenhauses über ein Gesamtbudget, so kann dieses gemäß der Vorgehensweise zur Ermittlung des Budgets einer Fachabteilung berechnet werden. Außerdem sind Zuschläge und Abschläge zu berücksichtigen, welche sich aus den unterschiedlichen Rahmenbedingungen ergeben, in denen das jeweilige Krankenhaus agiert. Beispielsweise sind Zuschläge für Ausbildungsaufgaben und Sicherstellungszuschläge für die Vorhaltung notwendiger Leistungen in dünn besiedelten Regionen sowie Abschläge für Nicht-Teilnahme an der Notfallversorgung in die Berechnung einzubeziehen.

Aufgabe 4

Kostenerstattung und leistungsorientierte Entgeltformen sind zwei unterschiedliche Wege zur Finanzierung von Krankenhäusern. Bei der (im Gesundheitsbereich aus ethischen Grundsätzen vollzogenen) *Kostenerstattung* werden dem Krankenhaus(-träger) seine individuell entstandenen Kosten durch den Kostenträger (Selbstzahler, pri-

vaten Krankenversicherungen und Krankenkassen) erstattet. Eine uneingeschränkte Kostenerstattung birgt jedoch die Gefahr, daß kein Anreiz zum sparsamen Umgang mit den Ressourcen besteht. Statt nach Kostenvermeidung zu streben, richtet sich das Managementinteresse auf den Nachweis und die Rechtfertigung der entstandenen Kosten.

Leistungsorientierte Entgeltformen zeichnen sich dadurch aus, daß für eine definierte Leistung ein vorher festgesetzter Preis je Einheit bezahlt wird. Da diese Entgeltform sich nicht nach den tatsächlich entstandenen Kosten richtet, können durch den Krankenhausträger sowohl Gewinne als auch Verluste erzielt werden. Als leistungsorientierte Entgeltformen lassen sich beispielsweise das „feste Budget“, der „Tagessatz“ und die „Fallpauschale“ unterscheiden. Die Gewährung eines „festen Budgets“, das z. B. an die Bettenzahl eines Krankenhauses geknüpft sein kann, ist als Preis für die innerhalb eines bestimmten Zeitraumes erbrachten Krankenhausleistungen anzusehen. Das „feste Budget“ läßt sich als leistungsorientierte Entgeltform charakterisieren, weil das Krankenhausmanagement einer finanziellen Restriktion unterliegt. Bei einer entsprechenden Verknüpfung des Budgets allein mit der Bettenzahl des Krankenhauses ist eine Verringerung der Menge der Einzelleistungen und/oder eine Reduzierung der Behandlungsqualität zu erwarten.

Im Rahmen der Krankenhausfinanzierung durch den „Tagessatz“ richtet sich das Entgelt nach der Anzahl der erbrachten Pflgetage. Für das Krankenhausmanagement kann somit der Anreiz bestehen, nach einer medizinisch unnötigen Ausdehnung der Verweildauer der Patienten zu streben.

Wird die Klassifizierung aller stationärer Patientenfälle über DRGs zu Vergütungszwecken genutzt, muß jeder DRG eine Vergütungshöhe P_{DRG_i} zugewiesen werden, die sich – wie in der Lösung zur Frage 3 e) dargestellt – aus dem Produkt von Relativgewicht (CW_{DRG_i}) – dem Abstand zwischen den DRGs – und Basisfallpreis (Base-Rate; BR) – dem mittleren Fallpreis über alle stationären Fälle – errechnet. Das Krankenhaus kann den Basisfallpreis und das Relativgewicht nicht beeinflussen. Die Höhe der *Fallpauschale* wird damit dem Krankenhaus als Leistungserbringer krankenhäusübergreifend unabhängig vom tatsächlichen Behandlungsaufwand vorgegeben. Für das Krankenhausmanagement besteht deshalb der Anreiz, die Behandlung mit einem möglichst geringen Ressourcenverbrauch durchzuführen. Hieraus können sich jedoch nachfolgend dargestellte unerwünschte Auswirkungen ergeben:

Die DRG-basierte Vergütung kann eine mögliche Verschlechterung der Versorgungsqualität für Patienten bedeuten. Diese Gefahr resultiert aus einer potentiellen Unterversorgung der Patienten, welche dadurch induziert wird, daß der Ressourcenverbrauch der Patientenbehandlung über ein medizinisch vertretbares Maß hinaus gesenkt wird und dem Patienten deshalb medizinisch sinnvolle Leistungen vorenthalten

werden. Ein weiteres Problem ergibt sich, wenn Patienten stationär behandelt werden, obwohl unter medizinischen Aspekten eine ambulante Behandlung ausreichend erscheint. Darüber hinaus besteht in der Zuweisung von Patienten in möglichst hoch vergütete DRGs eine weitere Gefahr. Die Ursachen, dieser bewußten (oder unbewußten) Überkodierung sind u. a. in unvollständigen, verzerrten oder fehlerhaften Kodierungen von Haupt- und Nebendiagnosen sowie erbrachten Prozeduren zu suchen. Werden in diesem Zusammenhang Leistungen ausschließlich erbracht, um den Patientenfall höher einstufen zu können, ergibt sich eine Verschlechterung der Versorgungsqualität aus einer Über- oder Fehlversorgung der Patienten.

Aufgabe 5

Die Einführung eines DRG-Systems läßt erhebliche Veränderungen in den Krankenhäusern und auch in der Krankenhausstruktur erwarten. Im folgenden sei auf einige Beispiele aus den Bereichen Kostenrechnung und Qualitätssicherung eingegangen:

Die Implementierung eines DRG-Systems erfordert im Bereich der *Kostenrechnung* der Krankenhäuser die konzeptionelle Entwicklung von fallbezogenen Kostenträger- sowie Prozeßkostenrechnungen. Diese sind die Basis einer erfolgreichen Entwicklung der Wettbewerbsposition im sich wandelnden wirtschaftlichen Umfeld. In diesem Zusammenhang ist eine erheblich verbesserte Dokumentations- und Kodierqualität erforderlich, die in eine sachgerecht fallbezogene Dokumentationsroutine münden muß. Die Daten bilden einerseits die Grundlage für ein – nunmehr fallgruppenorientiert auszurichtendes – Managementinformationssystem und andererseits für die lückenlose Abrechnung der erbrachten Leistungen gegenüber den Kostenträgern. Für die Kontroll-, Steuerungs- und Planungsinstrumente müssen „DRG-taugliche“ Datenverarbeitungskapazitäten und -systeme eingerichtet werden.

Da – wie in der Lösung zur Aufgabe 4 dargestellt – die pauschale Vergütung von Krankenhausleistungen die Gefahr von Qualitätseinbußen in sich birgt, ist der Aufbau eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems notwendig, um einerseits die *Qualitätssicherung* zu gewährleisten und andererseits Transparenz zu schaffen. Das Qualitätsmanagementsystem zielt sowohl auf die Dokumentations- und Kodierqualität als auch auf die Behandlungsqualität. Hinsichtlich der Dokumentations- und Kodierqualität bedarf es geeigneter Kontrollmechanismen, um beispielsweise Ausmaß und Richtung von Fehlkodierungen zu erkennen. Zur Sicherung der Behandlungsqualität können u. a. krankenhausinterne Qualitätsstandards oder das Publizieren von Qualitätsdaten beitragen. Letztendlich sind jedoch gesetzliche und institutionelle Maßnahmen erforderlich, um eine hinreichende Qualität der stationären Leistung zu gewährleisten.

Literaturhinweise

- ARNOLD, M./LITSCH, M./SCHELLSCHMIDT, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000, Stuttgart 2001.
- BREYER, F./ZWEIFEL, P.: Gesundheitsökonomie, 2. Aufl., Berlin u. a. 1997.
- EICHHORN, S.: Krankenhausbetriebslehre – Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Erster Band, 3. Aufl., Stuttgart, Köln 1975.
- ENGELKE, D.-R.: Pflege-Fallpauschalen. Ein Instrument zur Planung und Steuerung des Pflegeaufwandes, Gerlingen 1994.
- GESETZ ZUR WIRTSCHAFTLICHEN SICHERUNG DER KRANKENHÄUSER UND ZUR REGELUNG DER KRANKENHAUSPFLEGESÄTZE (KRANKENHAUSFINANZIERUNGSGESETZ – KHG), in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626).
- GRIMALDI, P. L./MICHELETTI, J. A.: Prospective Payment. The Definitive Guide to Reimbursement, Chicago 1985.
- ROCHELL, B./ROEDER, N.: Australian Refined-Diagnosis Related Groups (AR-DRGs) – Ein Überblick, in: das Krankenhaus, 8/2000, Redaktionsbeilage AR-DRGs, S. I–IV.
- ROCHELL, B./ROEDER, N.: Vergleichende Betrachtung und Auswahl eines Patientenklassifikationssystems auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (I), in: das Krankenhaus, 4/2000, S. 261–268.
- YOUNG, W. W.: Measuring the Costs of Care Using Patient Management Categories, Final Report, Vol. I–III, Pittsburgh, Pennsylvania, 1985.